EIN FALL

1566.

VON

FIBROMA MOLLUSCUM DER VULVA

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr. JOHANN v. SÄXINGER

O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

CARL ABT

APPROB. ARZT AUS ESENHAUSEN O.A. RAVENSBURG.

TÜBINGEN 1896.

VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG.

EIN FALL

VON

FIBROMA MOLLUSCUM DER VULVA

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. JOHANN v. SÄXINGER

O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

CARL ABT

APPROB. ARZT AUS ESENHAUSEN O.A. RAVENSBURG.

TÜBINGEN 1896.

VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG.

DRUCK VON H. LAUPP JR IN TÜBINGEN

Im Februar 1892 wurde in der Tübinger Frauenklinik ein von Gfroerer beschriebener Fall von Fibroma molluscum operiert. Im Sommer 1896 fand sich die Patientin mit einem Recidiv wieder ein.

Herr Professor Dr. von Saexinger hatte die Güte, mir diesen seltenen Fall zur Veröffentlichung zu überlassen.

Man bezeichnet als Fibroma molluscum eine eigentümliche, meist multipel, seltener solitär, auftretende Geschwulstform, die sich durch Bildung verschieden grosser, breitbasig aufsitzender oder gestielter, gegen die Umgebung scharf abgegrenzter Tumoren von weicher Konsistenz charakterisiert.

Der Name Fibroma molluscum stammt von Virchow, Willan nannte sie »frappé de leur aspect« Molluscum pendulum, Wilson Molluscum arcolo-fibrosum.

Man trennt die Fibromata mollusca in multipel und in solitär auftretende, eine Unterscheidung, die, wie wir unten sehen werden, vielleicht auch pathologisch-anatomisch begründet ist. Wir werden uns in Folgendem hauptsächlich mit dem solitären zu beschäftigen haben.

Die Fibromata mollusca kommen in Erbsen- bis Mannskopfgrösse sogar noch darüber, vor. Sie erreichen mitunter ein enormes Gewicht, nach Neumann bis zu 40 Pfund, ja bei Recklinghausen finden wir einen von Dagorn operierten Fall angeführt, in dem die Geschwulst nach der Amputation 45 Pfund wog. Die multiplen Fibrome zeichnen sich namentlich durch die kollossale Anzahl, in der sie auftreten können, vor anderen Geschwulstformen aus; so zählte Wigglesworth bei einem Patienten 1193 Tumoren und Hashimoto deren 4503 bei einer Frau.

Was den Sitz der Tumoren anlangt, so scheinen die multiplen Fibrome zunächst regellos über den ganzen Körper zerstreut; doch zeigt sich bei genauem Zusehen eine Häufung der Geschwülste

an den der Reibung und anderen Insulten am meisten ausgesetzten Körperstellen, am Nacken, über den Schulterblättern, in der Gegend des Gürtels bei Frauen (Lesser). Die einzelnen Fibrome haben in noch ausgesprochenerem Masse Prädilektionsstellen: Halsgegend, auch Gesicht, weibliche Brustwarzen und besonders grosse und kleine Schamlippen.

Wenden wir uns nunmehr kurz zum pathologisch-anatomischen Befund, so findet man auf dem Durchschnitt durch eine Molluscumgeschwulst ein homogenes Gewebe von weisser bis gelblicher Farbe. Das Gewebe ist im allgemeinen glänzend und lässt eine weisse, dickflüssige, albuminöse Flüssigkeit ausdrücken, die sich leicht mit Wasser mischt und durch Hitze und Säuren gefällt wird (Barry). Der Gefässreichtum ist ein sehr wechselnder, bald sehr gering, bald sehr bedeutend; manchmal, besonders bei grösseren Tumoren, klaffen die Gefässe auf dem Durchschnitt wie Lebervenen.

Die innere Struktur dieser Tumoren ist näher bekannt seit den Arbeiten von Rokitansky, Virchow, Neumann, Verneul u. a.

Mikroskopisch besteht die Geschwulst aus lockerem gallertigem Bindegewebe, das Maschenräume bildet, welche durch die oben erwähnte eiweissreiche Flüssigkeit ausgefüllt werden und von feineren Fasernetzen durchsetzt sind; ausserdem finden sich häufig elastische Fasern. Das Tumorgewebe ist in der Regel äusserst reich an ovalen oder spindelförmigen Kernen.

Im einzelnen zeigen die Gefässe, wenn die Geschwulst langsam wuchs, den normalen, bei sehr schnellem Wachstum behalten sie den embryonalen Zustand (Mauclaire). In einer Anzahl von Fällen ist die Intima, namentlich der kleinen Arterien, hyalin verdickt und kernreicher als normal; ferner hat man beobachtet, dass das Endothel der kleinen Gefässe so gewuchert war, dass das Lumen verlegt wurde. Auch die Adventitia der kleinen Arterien ist manchmal hyperplasiert.

Schweiss- und Talgdrüsen können in den Tumoren in normaler Form vorhanden sein, doch sind sie in den älteren und derberen Geschwülsten seltener oder fehlen ganz. Hie und da sind sie atrophisch, in anderen Fällen dagegen hypertrophisch

(Barry). Philippson citiert einen Fall von Fibroma molluscum, wo die Untersuchung zeigte, dass ein wahres Schweissdrüsenadenom in der Tumormasse vorkommen kann. Analog den Schweiss- und Talgdrüsen verhalten sich die Haarbälge.

Ein vielerörtertes Kapitel ist die Bildungsart dieser Fibrome. Nach den Untersuchungen von v. Recklinghausen sind die multiplen weichen Fibrome der Haut Neurofibrome, d. h. sie bauen sich wesentlich aus den Bindegewebsscheiden der Hautnerven auf. Bei der Weiterentwicklung des Tumorgewebes liefern die bindegewebigen Scheiden der in der Cutis gelegenen Blutgefässe, Schweiss- und Talgdrüsen und Haarbälge das meiste Material und zwar namentlich in den unteren Teilen, weniger in den oberen Teilen der Pars reticularis. Bei excessiver Wucherung des Perineurium gehen die Nerven zu Grunde; dies erklärt die gewöhnlich geringe Sensibilität dieser Tumoren; namentlich in den grösseren bildet der Nerv hie und da auch sein Bindegewebe, nur einen verschwindenden Bruchteil. (v. Recklinghausen).

Hürthle und Nauwerck fanden, dass die Scheiden der Gefässe, Schweissdrüsen und Haarbälge zum Teil noch unterscheidbar und vom Tumorgewebe getrennt seien und schlossen daraus, dass also diese nicht der Ausgangspunkt der Wucherung sein können, dass es demnach die Nerven sein müssten.

Ob nun diese Bildungsart auch bei den solitären Molluscumbildungen vorkommt, mag dahin gestellt bleiben, jedenfalls ist sie bei diesen nicht erwiesen. v. Recklinghausen fand bei eingehendster mikroskopischer Untersuchung eines solitären Tumors im Innern desselben absolut nichts von Nerven: »Der neuromatöse Ursprung dieses Tumors bleibt daher im höchsten Grade zweifelhaft«.

Lahmann glaubt, dass die Neubildung ihren Ausgang von den Blutgefässen nimmt; diese Ansicht wird unterstützt durch einen von Philippson mitgeteilten Fall, in welchem die mikroskopische Untersuchung Ausgang der Geschwulst von den Blutgefässen ergab.

Die Konsistenz dieser Tumoren ist, wie schon der Name Fibroma molluscum sagt, weich, gallertig, ähnlich der Konsistenz einer weiblichen Brustdrüse, trotzdem die Geschwulst anatomisch

aus faserigem Bindegewebe besteht. Nach Hebra beruht dies darauf, dass ein gleichzeitig vorhandenes Oedem eine Art wassersüchtigen Zustandes hervorruft, welcher, mit der Erweiterung der Gefässe an grösseren Tumoren in Einklang gebracht, von einer Zirkulationsstörung herrühren mag. Diese Zirkulationsstörung ist aber keineswegs, wie bei der Elephantiasis, das Primäre, sondern eine Folge des sich mehr entwickelnden und mehr und mehr reifenden Bindegewebes«. Hieraus erklärt es sich auch leicht, dass je nach dem Grade des »wassersüchtigen Zustandes« die Tumoren bald sehr weich, bald auch mehr derb sein können. v. Recklinghausen leitet die verschiedenen Konsistenzgrade vom Zellreichtum der Tumoren ab; die härteren bestehen aus gröberen Faserbündeln mit spärlichen Zellen, die weichen aus lockerem, zellreicherem Bindegewebe.

Man hat beobachtet, dass in manchen Fällen die Tumoren härter werden, je älter sie werden und führt dies zurück auf eine allmählige Umwandlung des ursprünglich zellreichen Gewebes in fibröses Gewebe.

Von den Metamorphosen des weichen Fibroms erwähnt Birch-Hirschfeld, dass hier die Verkalkung und Fettmetamorphose, erstere sehr selten, vorkommt.

Von Kombinationen mit anderen Neubildungen kommt namentlich das Lipom, das Myxom und auch das Chondrom in Betracht; auch Uebergänge in Sarkom wurden beobachtet.

Aetiologie.

Die Aetiologie des Fibroma molluscum ist noch ziemlich dunkel (Birch-Hirschfeld, Zweifel).

Scanzoni hält es für wahrscheinlich, dass der Bildung dieser Geschwülste zuweilen kleinere, nicht vollständig resorbierte Blutextravasate zu Grunde liegen.

Als ähnliches ätiologisches Moment führen Hürthle und Nauwerk Zirkulationsstörungen an, die zu wiederholten Malen auftreten, oder nachdem sie einmal begonnen, längere Zeit anhalten.

In neuerer Zeit hat wohl die Annahme Virchow's, es handle sich um eine konstitutionelle Disposition, eine angeborene Krase, am meisten Anspruch auf Geltung (Hebra). Diese Ansicht ge-

winnt umsomehr Sicherheit, als man die Heredität dieser Erscheinungen bereits an mehreren Fällen nachweisen konnte. William Calwell berichtet von einem geistig zurückgebliebenen Individuum, das wie Vater und Mutter an Molluscum fibrosum litt; desgleichen teilt Hashimoto einen Fall von Fibroma molluscum mit, bei dem Heredität nachgewiesen war.

In einzelnen Fällen ist eine Vererbung der multiplen Fibrome durch mehrere Generationen beobachtet worden (Lesser).

Einen Beweis dafür, dass man es mit einer konstitutionellen Anlage zu thun habe, will Hebra darin finden, dass die Tumoren sich fortwährend vermehren und dass die betreffenden Individuen sehr häufig in einem kretinenhaften Zustand sich befinden.

Von einer Seite (Barry) wird hervorgehoben, dass hauptsächlich lymphatisch und skrofulös veranlagte Naturen für das Leiden empfänglich seien.

Auch bei gewissen Racen z. B. bei der chinesichen, soll eine gewisse Prädisposition bestehen (T. Farquhar und Tilbury Fox); bei den Negern genügt, wie Tschudi und Langaard berichten, eine Exkoriation, eine oberflächliche Hautwunde, um ein Fibroma molluscum entstehen zu lassen.

Diese letztere Angabe führt uns auf ein neues ätiologisches Moment, das für unseren Fall von solitärer Molluscumbildung vielleicht besser zu verwerten ist, als die bis jetzt besprochene Aetiologie, die in der Hauptsache eben nur für die multiplen Fibromata mollusca Geltung hat, nämlich von aussen kommende Einwirkungen: Traumen, bezw. mechanische Irritationen, Reibung, Stoss, Druckverhältnisse u. dgl. Dagegen wird jedoch von v. Recklinghausen geltend gemacht, dass diese äusseren Insulte nur auf die Zahl der Fibrome und die Stärke ihres Wachstums Einfluss haben; desgleichen betont Moses, dass sie nur für die Entwicklung, aber nicht für die Entstehung der Tumoren in Betracht kommen. So hätten wir also auch für die Entstehung dieser solitären Geschwülste keine genügende Erklärung.

Indessen sei es mir gestattet, drei Fälle von Fibroma molluscum anzuführen, auf welche diese Aetiologie zu passen scheint. Chérot berichtet einen Fall von Taylor: eine Frau war von ihrem Mann in die linke Schulter gebissen worden; nach zwei

Monaten entstanden an Stelle der beiden Bisswunden kleine Tumoren, die allmählich wuchsen. Ein excidiertes Stück zeigte den Bau der Fibromata mollusca.

Ein zweiter Fall von Demarquay: eine Frau fiel rittlings auf ein Pozellangeschirr und verletzte sich dabei das Labium maius; an Stelle der Narbe erschien ein weiches Fibrom.

Endlich finden wir bei Hildebrand (Krankheiten der äusseren weibl. Genitalien) einen Fall angeführt, wonach eine Frau ihren Gatten anklagte, dass er sie häufig mitunter in jeder Nacht, durch die rohesten Manipulationen an ihren Genitalien belästige und dass seit dieser Zeit vier Gewächse an ihren Schamlippen entstanden seien. Es handelte sich um Fibromata mollusca.

Vielleicht wären hier noch zwei Fälle zu erwähnen, in welchen Frauen nach ihrer Entbindung das Entstehen kleiner Tumoren an ihren Genitalien bemerkten, die sich später als weiche Fibrome herausstellten. Man kann daran denken, dass Quetschungen oder kleine Wunden der Genitalien, die während der Geburt zustande kamen, Ausgangspunkte für die Entstehung der Geschwülste geworden sind.

Es wird auch Masturbation, geschlechtliche Ausschweifung überhaupt, als Ursache für die Entstehung dieser Tumoren angegeben.

Duncan glaubt, dass in der Mehrzahl der Fälle die Molluscumbildungen der Vulva auf syphilitischer Grundlage beruhen.

Als weiteres, nicht zu unterschätzendes, ätiologisches Moment darf man nach Moses die braunen Pigmentmale ansehen, den naevus maternus pigmentosus.

Mott führt fünf Fälle an, wo die Molluscumbildungen sämtlich von grossen braunen Pigmentflecken ihren Ursprung nahmen. Aehnliche Fälle sind auch sonst noch bekannt. Nach v. Recklinghausen »scheinen an den äusseren Genitalien die Verrucae molles den Ausgangspunkt für grössere Geschwülste, welche alsdann die bekannte gallertige Beschaffenheit haben, abgeben zu können.«

Von Mauclaire wird angegeben, dass die Geschwulst epidemisch vorkomme, er und Chérot sprechen infolgedessen die Vermutung aus, dass die Neubildung vielleicht parasitären Ur-

sprungs sei und zwar wären wahrscheinlich Coccidien die Parasiten.

»Es giebt in der That eine Anzahl Fälle, in denen die Ansteckung dermassen evident erscheint, dass sie leicht den Gedanken an einen Parasiten wachruft, oder wenigstens an ein virus. Der Nachweis desselben ist jedoch noch nicht gelungen.«

Zum Schlusse dieses Kapitels möge noch angeführt werden, dass nach einer Statistik von Chérot die solitären Molluscumbildungen häufiger bei Frauen als bei Männern vorkommen und zwar hauptsächlich im geschlechtsreifen Alter.

Symptomatologie. Diagnose.

Die ersten Anfänge der Molluscumbildungen sind härtere Stellen der Haut, oft auch Pigmentflecke (Marcacci) oder pigmentierte Warzen, die von dem Träger derselben zunächst gar nicht beachtet werden. Aus irgend einem Grunde beginnt an Stelle dieser Härte oder dieser pigmentierten Warzen ganz allmählich ein kleiner Tumor zu wachsen, der, nachdem er eine gewisse Grösse erreicht hat, lange Zeit stationär bleiben kann. Häufig jedoch wachsen die Tumoren, vielleicht begünstigt durch äussere Einflüsse, wie Reibung, Druck, immer weiter.

Mitunter erfolgen nach Hildebrand auf verschiedene äussere, wie innere Anlässe in die Tumoren, besonders in die grösseren Blutergüsse, auf Grund deren das Wachstum plötzlich und dauernd zunimmt; doch ist dasselbe im allgemeinen ein äusserst langsames.

Eine merkwürdige Eigentümlichkeit der Fibromata mollusca der Vulva besteht darin, dass viele derselben zur Zeit der Menses und Gravidität anschwellen, nachher schwellen sie ähnlich den Uterusfibroiden (Scanzoni, Zweifel) wieder ab.

Eine interessante Erscheinung ist der Schwund der Geschwülste. Es ist ein solcher Fall von Michel mitgeteilt worden, wo ein Teil der Molluscumgeschwülste in sich resorbiert wurde und zwar diejenigen, welche am schnellsten gewachsen waren; an der Schwundstelle zeigte sich eine Einziehung der Haut, die Stelle selbst war für Nadelstiche unempfindlich.

Was den gewöhnlichen Befund bei den weichen Fibromen der Labina anlangt, so handelt es sich um Tumoren von verschie-

dener Form: bald sind sie halbkugelig, bald glatt; im einen Fall sind sie glatt, in einem andern gelappt; sie sitzen entweder breitbasig oder gestielt auf. Die sehr grossen Tumoren sind fast immer gestielt und die Oberfläche des Stiels geht dann ohne deutliche Grenze in die Oberfläche der Schamlippe über.

Die Haut über den Tumoren ist häufig eine vollkommen normale; nicht selten ist sie dunkel pigmentiert, mit Haaren besetzt und bei grösseren Geschwülsten von bläulich durchscheinenden Venen durchzogen.

Bei den gestielten Tumoren (Molluscum pendulum) wird der Stiel von Tumorgewebe gebildet oder er ist nur eine Hautduplikatur.

Die Konsistenz der Neubildung ist in der Regel weich, teigig, schlaff, es kommen aber auch derbere Tumoren vor.

Die Oberfläche der Geschwülste findet man oft ganz runzelig oder in anderen Fällen sitzen auf dem Tumor noch viele kleine Tumoren, so dass das ganze Gebilde ein weintraubenähnliches Aussehen bekommt.

Das Molluscum der Vulva ist meist solitär, doch kommt es auch in der Mehrzahl vor; häufig finden sich daneben noch sonstige Mäler am Körper.

Wenn Fritsch sagt, dass die Molluscumgeschwülste der Vulva keine Symptome machen, so ist das allerdings für viele Fälle zutreffend, namentlich so lange die Tumoren noch klein sind, pflegen sie die Patientinnen in keiner Weise zu belästigen, zumal da sie ganz schmerzlos sind. Werden sie aber allmählich grösser, so machen sie ein unangenehmes Gefühl, bald auch direkt Beschwerden, beim Gehen und Sitzen (Zweifel).

Sehr grosse Geschwülste belästigen durch Schwere und Zerrung, aber auch bei diesen kann das Allgemeinbefinden ungestört sein.

Die Tumoren können ein mechanisches Hindernis für Konzeption und Geburt abgeben, doch ist letztere selbst bei sehr grossen Tumoren nicht erheblich behindert, da die Scheide intakt bleibt (Schroeder).

Erhebliche Störungen des Allgemeinbefindens stellen sich ein, wenn durch die Tumoren der Urinstrahl abgelenkt wird, es entstehen Dermatitis, Erosionen und Ulcerationen, an die sich leicht Erysipel, Lymphangitis, Phlegmonen anschliessen.

Bei den gelappten Tumoren findet man oft zwischen den einzelnen Lappen Erosionen, die eine seröse Flüssigkeit absondern, deren Gestank unerträglich sein kann (Chérot).

Zuweilen bilden sich Abscesse in den Geschwülsten (v. Winckel), die nach aussen durchbrechen, zuweilen kommt es zu entzündlicher Erweichung und Verjauchung der Fibrome und es kann sogar der Tod des Individuums durch Marasmus und Pyämie herbeigeführt werden.

Um noch ein Wort über die bei einzelnen Tumoren beobachtete Aufhebung der Sensibilität zu sagen, so rührt diese jedenfalls daher, dass die Nerven im Tumorgewebe zu Grunde gegangen sind. Interessant ist in dieser Hinsicht ein von Hashimoto mitgeteilter Fall, in welchem neben Aufhebung der Sensibilität auch Temperatur- und Drucksinn so gesunken war, dass Eis und Wasser von 45° C. nicht unterschieden und Druck erst bei einer Belastung von 9 kg. wahrgenommen wurde.

Die Diagnose ist nach dem oben Gesagten nicht schwierig. Verwechslungen kommen vor mit:

1. Elephantiasis. »Eine grosse Zahl älterer Publikationen macht durchweg den Eindruck in diese Kategorie der Geschwulstbildung (Fibroma molluscum) zu gehören und nicht zur Elephantiasis« (Zweifel). Die Elephantiasis ist bei Frauen nicht so häufig, wie bei Männern; sie kommt meist mit gleichzeitiger Erkrankung der unteren Extremität vor, hat keine deutlichen Grenzen. Während das Fibroma molluscum während seines Wachstums in der Regel keine Entzündungserscheinungen aufweist, entwickelt sich die Elephantiasis aus einer Reihe von attaquenweise auftretenden, mit Fieber verbundenen entzündlichen Lokalerkrankungen (Erysipel, Lymphangitis). Es giebt jedoch Fälle von Fibrombildung, in welchen eine strenge Trennung von Elephantiasis kaum möglich ist (Lesser).

2. Lipom. Kommen nach Grosch an der äusseren Körperdecke besonders an den Stellen vor, welche durch spärlichen Haarwuchs und durch eine geringe Zahl von Talg- und Schweissdrüsen ausgezeichnet sind. v. Winkel bezeichnet die Lipome der Vulva als »ein wenig empfindlich«. Tillmanns giebt an, dass man bei Druck auf die Geschwulst in der Regel infolge des

Zerdrückens einzelner Fettläppchen ein deutliches Knittern fühlt, das bei den Fibromen nicht vorkommt.

Eine sichere Differentialdiagnose gegen Fibrom wird bei den Lipomen und auch Myxomen manchmal nur mit Hilfe des Mikroskops gestellt werden können.

2. Cysten. Gegen eine Verwechslung mit solchen schützt genaue Untersuchung auf Fluktuation, eventuell Probepunktion.

4. Angione. Diese werden kaum mehr als nussgross. Sie unterscheiden sich ausserdem durch eine Eigentümlichkeit von den weichen Fibromen der Vulva, nämlich durch Hyperästhesie (Barry).

Eine Verwechslung mit Carcinom oder Sarkom dürfte kaum vorkommen, da diese ein viel rascheres Wachstum zeigen und sehr schnell ulcerieren.

Prognose.

Die Prognose der Fibromata mollusca ist, was die Frage der Benignität der Tumoren anlangt, im Allgemeinen als gut zu bezeichnen; wir sagen im Allgemeinen, weil, entgegen der Ansicht mancher Autoren (Hebra, Tillmanns), in einigen Fällen der Uebergang in Sarkom beobachtet wurde. Nach Chérot konstatierten Wagner und Mallassez diese sarkomatöse Degeneration bei einem solitären Molluscum, Westphalen bei einem multiplen. Es ist das allerdings eine seltene Komplikation, aber ihre Möglicheit trübt die Prognose.

Bezüglich der Recidive findet sich fast überall die Angabe, dass die Tumoren nach der Abtragung nicht recidivieren, nur Barry giebt an, dass in seltenen Fällen (Pollock) Recidive beobachtet wurden.

Im übrigen ist hervorzuheben, dass, wie schon oben ausgeführt wurde, das Wohlbefinden der Patienten ganz erheblich gestört werden kann, wenn die Tumoren ein sehr grosses Gewicht haben oder wenn sie ulcerieren oder gangränös werden, wodurch sie für die Trägerin sogar lebensgefährlich werden können.

Therapie.

Die einzig wirksame Therapie ist die Abtragung des Tumors.

In früherer Zeit waren Einreibungen von Jod- und Bromsalben, warme Umschläge, Sitzbäder mit natürlichen und künstlichen Mutterlaugen (Scanzoni) vielfach im Gebrauch. Ferner wurden Injektionen mit Jodtinktur, Elektrolyse, innerliche Darreichung von Arsen versucht — alles ohne Erfolg. Auch mit Ignipunktur war nicht viel zu erreichen.

Es sind einzelne Fälle von spontaner Elimination derartiger (gestielter) Tumoren beobachtet (Hardy): infolge der Zerrung durch das Gewicht der Geschwulst kann die Zirkulation im Stiel unterbrochen werden, der Tumor wird gangränös und fällt ab. Aehnlich ist der Vorgang bei Abtragung des Tumors mittelst elastischer Ligatur, wobei eben auch durch Behinderung der Zirkulation im Stiel die Geschwulst der Ernährung entzogen und dadurch abgestossen werden soll.

Gegen die Anwendung des Ecraseurs von Chassagnac, des Thermokauters oder der galvanokaustischen Schlinge ist geltend zu machen, dass dabei eine Schicht mortifizierten Gewebes frei liegen bleibt, welches sehr leicht infiziert werden kann.

Bei dem heute so vorgeschrittenen Stand der Antisepsis, bezw. Asepsis, ist wohl die einfachste und sicherste Methode die Abtragung mit dem Messer.

Was die Technik der Operation betrifft, so ist dieselbe, zumal bei gestielten Tumoren, keine sehr schwierige. Ist der Stiel dünn, so schneidet man unterhalb eines fest um den Stiel geschlungenen Seidenfadens ab; der Stumpf wurde von Martin mit Liquor ferri sesquichlorati geätzt. Besser ist jedenfalls, namentlich bei dickem Stiel, eine keilförmige Excision und Schluss der Wunde durch die Naht (v. Teschendorf), wobei viel sicherer eine Heilung per primam zu erzielen ist. Die Operation kann ohne Narkose gemacht werden, nötigenfalls bedient man sich der lokalen Anästhesie.

Bei breithalsig aufsitzenden kleineren Fibromen, über denen die Haut intakt ist, führt man einen Längsschnitt über die höchste Konvexität der Geschwulst und schält dieselbe aus, indem man beide Hautränder zurückpräpariert. Ist die Haut miterkrankt, so wird sie samt dem Tumor durch einen Ovalärschnitt entfernt. Die Wunde wird, wenn irgend möglich, durch die Naht ge-

schlossen, um Infektion von aussen hintanzuhalten. Führt man die Nähte mit langen, gekrümmten Nadeln unter dem ganzen Grunde der Wunde her, so bilden sie zugleich ein gutes Blutstillungsmittel für die parenchymatöse Blutung (Hegar und Kaltenbach).

Die Operationsgefahr richtet sich nach der Grösse des Blutverlustes bei der Operation und nach dem allgemeinen Kräftezustand der Patientin. Die stärksten Gefässe sind bei Vulvargeschwülsten stets an der hinteren Fläche der letzteren, längs der Schambogenschenkel zu erwarten; nach vorn können die Corpora cavernosa clitoridis, nach rückwärts Aeste der Arteria pudenda oder diese selbst in der Nähe des Sitzknorrens verletzt werden. Die Prognose ist jedoch auch bei Abtragung grosser Tumoren im allgemeinen eine gute. Eine seltene Nebenverletzung hat Bouguet beobachtet. Er exstirpierte einen grossen, vom rechten Labium maius ausgehenden, elephantiastischen Tumor, der durch sein Gewicht die vordere Wand der Scheide, die Urethra und die Blase herabgezogen hatte. Der Stiel wurde mit dem Ecraseur getrennt, dabei wurde die herabgezerrte Blase mitverletzt, was den Tod der Patientin infolge Peritonitis zur Folge hatte.

Auf die Operationswunde kommt ein antiseptischer Verband, der bei günstigem Verlauf erst beim Entfernen der Nähte am 7. oder 8. Tag gewechselt wird (Hegar und Kaltenbach).

Wie der von Fritsch (Krankheiten der Frauen, pag. 39) mitgeteilte Fall beweist, können Fibrome der Vulva auch in der Schwangerschaft ohne schädliche Folgen abgetragen werden.

Geben Anamnese oder sonstige Umstände einen Anhaltspunkt für syphilitischen Ursprung des Leidens, so ist merkurielle Behandlung zu versuchen.

Zunächst folgen nun die über unsere Patienten bei der ersten und zweiten Aufnahme angefertigten Krankengeschichten und zwar die erste nur auszugsweise.

1. Aufnahme am 31. Oktober 1891.

Anamnese: .... Seit einem Jahr bemerkt Patientin, dass ihre Geschlechtsteile anschwellen und von Tag zu Tag die Anschwelluug immer grösser werde. Schmerzen sind und waren nie

vorhanden. Vor ungefähr vier Jahren ist Patientin angeblich genotzüchtigt worden. Zahlreiche angewandte therapeutische Massnahmen konnten die Geschwulst nicht beeinflussen. Vor zwei Jahren will Patientin am ganzen Körper einen Ausschlag gehabt haben, der aus grossen Flecken bestanden habe und wieder von selbst verschwunden sei.

Status praesens: .... In der Haut des Bauches, besonders in der Magengegend, sind cirkumskripte, pigmentierte Flecke zu sehen. Die Lymphdrüsen in der Leistengegend sind nicht geschwollen.

Die Gegend des Mons Veneris ist derb, ödematös geschwollen, die grossen Labien sind in pralle, derbe Tumoren umgewandelt. Das linke Labium maius ist kleinfaustgross, das rechte gänseeigross. Die kleinen Labien sind auch vergrössert, besonders das rechte ödematös infiltriert.

Die Patientin bekam Jodkalium (Kal. jodat. 10,0 : 300,0), darauf wurden die Tumoren schlaffer und sichtlich kleiner. Wie sich jedoch später herausstellte, war die Verkleinerung wohl lediglich durch die Bettruhe bedingt, da die Tumoren trotz Jodkaligebrauchs wieder zu wachsen begannen. Am 10. Februar 1892 wurde, da weder der Gebrauch von Jodkali, noch von Calomel eine Verkleinerung der Tumoren veranlasste, die Operation vorgenommen. Es wurde der grosse rechte Tumor abgetragen; aus dem linken Labium maius wurde ein Keil excidiert und zum Schluss wurde auch das rechte kleine Labium abgetragen. Es erfolgte Heilung per primam und am 3. März 1892 konnte Patientin »gesund und wohl« entlassen werden.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab die Diagnose Fibromata mollusca.

2. Aufnahme. S. B. von R., 23 Jahre alt, ledig, o-para. Aufgenommen am 30. VI. 96, operiert 16. VII. 96, entlassen 30. VII. 96.

Anamnese: Die Periode trat im 17. Jahr ein, war immer unregelmässig, drei- bis fünfwöchentlich, viertägig, mit geringem Blutverlust und ohne Schmerzen. Patientin hat noch nicht geboren. Sie wurde am 10. II. 92 operiert.

Schon ein Vierteljahr nach der Operation habe die Zunahme

an den Geschlechtsteilen wieder begonnen. — Seit zwei Jahren ist das Wachstum ein rasches.

Status praesens: Mittelgrosse Patientin mit aufgedunsenem Gesicht und Narben auf beiden Seiten des Halses. — Die rechte Hälfte der Vulva ist in einen zweifaustgrossen Tumor umgewandelt, der sich weich anfühlt. An der Oberfläche sind zahlreiche eng an einander angereihte erbsen- bis haselnussgrosse glatte, breitbasig aufsitzende Knoten.

Das linke Labium maius fehlt; das linke kleine Labium ist auch vergrössert, derb und oberflächlich hahnenkammartig gezackt.

Die ganze Gegend des Mons Veneris fühlt sich derb, ödematös an.

Bei der am 16. Juli vorgenommenen Operation wurden sämtliche Tumorbestandteile mittelst Ovalärschnitt entfernt und alsdann die Wunde durch die Naht geschlossen.

Der Heilungsverlauf war ein vollständig normaler, Temperatursteigerung wurde nie beobachtet; Heilung per primam. Am 30. Juli wurde die Patientin entlassen.

Pathologisch-anatomischer Befund. Der grössere der beiden Tumoren (vom rechten Labium maius ausgegangen) ist 15 cm lang, 11,5 cm breit und 8 cm dick. Die von normaler Haut gebildete Oberfläche ist stellenweise schwarzbraun pigmentiert. Im allgemeinen ist die Oberfläche runzelig, an einigen Stellen gefurcht und der Tumor trägt, namentlich an seinem grössten Umfang, eine grosse Anzahl erbsen- bis kirschgrosser meist breitbasig aufsitzender Knoten. Einige Haare sind auf der Oberfläche ebenfalls zu finden. Die Konsistenz des Tumors ist eine ziemlich derbe. (Dieser letztere Befund scheint mit der oben im Status praesens angegebenen Bezeichnung »fühlt sich weich an« nicht übereinzustimmen. Dieser Unterschied lässt sich jedoch leicht erklären, da nach Abtragung des Tumors natürlich ein Teil der mehrerwähnten albuminösen Flüssigkeit abfliesst, wornach der Tumor das Gefühl einer derberen Konsistenz bietet.) Die Schnittfläche erscheint homogen, etwas glänzend, von gelblichweisser Farbe.

Der kleinere (vom linken kleinen Labium ausgegangene) Tumor hat eine Länge von 7, eine Breite von 4 und eine Dicke von 3 cm. Er besteht aus drei Lappen, deren jeder an der Pe-

ripherie hahnenkammartig gezackt ist. Im übrigen zeigt er gleiche Beschaffenheit wie der erste grössere.

Die unter freundlicher Mitwirkung des Herrn Dr. Henke vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab: Der Tumor besteht in der Hauptsache aus lockerem Bindegewebe, in dem sich vielfach elastische Fasern, seltener Muskelzüge, eingesprengt finden. Die Geschwulst wird überzogen von einer Schicht verdickter Epidermis, die sich in alle Ausbuchtungen der höckerigen Oberfläche hinein erstreckt; wesentliche atypische Wucherungen oder gar abgesprengte Epithelinseln lassen sich nicht auffinden. Die dem Rete Malpighi benachbarte oberste Schicht der Cutis zeigt Einlagerungen von bräunlichem kleinscholligem Pigment, das in den Zellen oder zwischen denselben liegt. Lymphgefässe, ebenso die reichlich anzutreffenden Blutgefässe, sind erweitert, desgleichen in geringem Grade die Schweissdrüsen. — Ausserdem stösst man gelegentlich auf Herde kleinzelliger Infiltration oder Streifen von jungem Granulationsgewebe zwischen den Bindegewebsbündeln. Auch der obere Teil der Cutis, wo das Pigment liegt, ist mehr zellig und erinnert an das histologische Verhalten der weichen Warzen.

Irgendwelche Anhaltspunkte für Malignität des Tumors waren also durch die mikroskopische Untersuchung nicht zu finden.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Fibromata mollusca.

Unser vorliegender Fall zeigt durchaus den bei solitären Molluscumbildungen charakteristischen Befund: Langsames Wachstum der Neubildung, die vollständig schmerzlos ist und der Patientin keine wesentlichen Beschwerden macht. Auch der lokale Befund ist der gewöhnliche, die Tumoren haben ihren Sitz an den grossen und kleinen Labien, daneben finden sich in der Bauchhaut cirkumskripte pigmentierte Flächen. Dass die Tumoren, die bei der ersten Aufnahme abgetragen wurden, entgegen dem sonst üblichen Befund derb waren, findet in den Theorien von Hebra, bezw. von v. Recklinghausen eine ungezwungene Erklärung.

Für die Aetiologie bietet auch unser Fall keine neuen Anhaltspunkte, wenn man nicht das an der Patientin angeblich verübte Verbrechen der Notzucht in dem Sinne herbeiziehen will,

dass dabei eine Verletzung ihrer Genitalien zustande kam, infolge deren die Neubildung entstanden ist. Die Annahme, dass es sich bei unserer Patientin um syphilitischen Ursprung des Leidens handeln könnte — eine Annahme, welche durch die Angabe der Patientin, sie habe in ihrem 16. Lebensjahr am ganzen Körper einen grossfleckigen Ausschlag gehabt, nahegelegt wird — ist dadurch ausgeschlossen, dass eine antisyphilitische Kur ohne Erfolg angewandt wurde.

Was an unserem Fall ganz besonderes Interesse verdient, ist der Umstand, dass, schon nach verhältnismässig kurzer Zeit, ein Recidiv eintrat, trotzdem die Geschwulstmasse im Gesunden abgetragen worden war.

Dass Recidive bei Molluscumbildungen ganz aussergewöhnlich selten sind, beweisst die Thatsache, dass in der von mir durchgesehenen Litteratur nur einmal (Barry) von solchen die Rede ist; es ist mir auch nicht gelungen mehr als fünf Fälle von Recidiven aufzufinden und zwar bei v. Recklinghausen (»Ueber die multiplen Fibrome der Haut«), zwei in dem Kapitel »Multiple Fibrome der Haut«, diese gehören, aber streng genommen, vielleicht nicht einmal hierher, und drei in dem Kapitel »Beschränkte Fibrome der Haut«. Ich lasse diese fünf Fälle in ausführlicher Beschreibung hier folgen.

1. Fall. A. Hitschcock (1862). Samuel Clark, 46 Jahre alt; vor 22 oder 23 Jahren erschien ein beweglicher Tumor am rechten Arm über dem Condylus internus des Humerus, anfangs langsam und schmerzlos gewachsen, später schneller und dabei so schmerzhaft, dass Cl. arbeitsunfähig wurde. Der jetzt $6^1/_2$ cm lange und $3^1/_2$ cm breite Tumor wurde exstirpiert, hatte seinen Sitz am Ulnarnerven und zeigte die Struktur einer fibroplastischen Geschwulst. 2 Jahre später fand sich ein Recidiv am oberen Ende der Operationsnarbe. Zugleich zeigten sich noch mehrere Tumoren der Haut.

2. Fall. E. Wigglesworth, 1876. Ein 45jähriger Mann hatte im ganzen 1193 Tumoren an seiner Körperoberfläche. Nachdem ein kleiner Tumor ekrasiert wurde, war er am folgenden Tag so gross wie vorher zurückgekehrt.

3. Fall. Larrey, 1852. Ein 40jähriger Gensdarm hatte seit

seiner Jugend an der Aussenseite des linken Darmbeinkammes einen nussgrossen Tumor, welcher nicht genierte. Derselbe wuchs allmählich durch die mechanische Einwirkung des Gurts und des Säbelgriffes bis zur Grösse einer Orange. Er wurde mit grosser Leichtigkeit ausgeschält, nur an seiner Basis verlangte eine festere Adhärenz die Anwendung schneidender Instrumente. Als nach der Heilung der Patient seinen Dienst wieder aufgenommen hatte, bildete sich in 3 Monaten ein kindskopfgrosser Tumor und nach der Entfernung desselben ein zweites Recidiv, welches wiederum operiert wurde.

4. Fall. Val. Mott, 1854. Bei einem 14jährigen Knaben waren drei grosse Hautfalten an der linken Gesichtshälfte entstanden. Sie wurden abgetragen; Recidiv nach einigen Monaten, und sogar zweites Recidiv, nach dessen Entfernung erst definitive Heilung erzielt wurde.

5. Fall. Bigelow und Richardson, 1876. Bei einer 25jährigen Frau hatte sich in sechsjährigem Wachstum am linken Hinterbacken ein mit missfarbiger, runzeliger Haut bedeckter, aus schlaffem Gewebe bestehender, gelappter Tumor im Gewicht von 13½ Pfund ausgebildet, welcher 7 Jahre nach der Exstirpation anfing wieder zu erscheinen.

Die kleine Zahl dieser Fälle von Recidiv von Fibroma molluscum erfährt nun durch unseren Fall einen Zuwachs, der um so grösseren Wert hat, als sowohl bei dem zuerst aufgetretenen Tumor als bei dem Recidiv durch die mikroskopische Untersuchung nachgewiesen wurde, dass es sich bei diesen Geschwülsten keineswegs um maligne Neubildungen, etwa Sarkome, handelte.

Bei der am 31. Oktober 1896 hier in der Klinik vorgenommenen Nachuntersuchung waren die Wunden glatt vernarbt, das Allgemeinbefinden der Patientin ist ein durchaus gutes; von einem Recidiv ist nichts zu bemerken.

Zum Schluss folgt eine tabellarische Uebersicht über die Fälle von Fibroma molluscum der Vulva, welche ich in der mir zur Verfügung stehenden Litteratur auffinden konnte.

Der Fall ist mitgeteilt von	Alter der Patientin	Grösse des Tumors	Derselbe wurde zuerst bemerkt vor	Sitz des Tumors	Aetiologie	Operation	Erfolg der Operation	Bemerkungen
1. Osterlony	ca. 60 J.	Hatte die Form eines Penis	—	Linkes Labium maius	—	—	—	v. Recklinghausen: Ueber die multiplen Fibrome der Haut, pag. 87.
2. Esser	51 J.	Kleinbirngross	2 J.	»	—	Abtragung	Heilung	—
3. Müller	49 J.	Grosse Birne	7 J.	Rechtes Labium maius	Nach Aborten aufgetreten	Abtragung mit Messer	Heilung in 8 Tagen	—
4. Day, Charles	45 J.	Gallapfelgross	—	Je einer am linken und rechten Labium maius	—	—	—	—
5. Münzinger	45 J.	Faustgross	7 J.	Labium maius	—	Abtragung mit Messer	Heilung	Der Tumor zeigt eine 5 Markstückgrosse gangränöse Stelle.
6. Barry	43 J.	Kleinfingergross	1¼ J.	Rechtes Labium maius	—	Abtragung mit Messer	Heilung in 10 Tagen	—
7. Bondit	37 J.	Bohnengross	—	Labium maius	Angeboren?	—	—	—
8. Cherot	35—40 J.	10 cm lang, 3 cm breit	—	Zwischen Labium maius u. minus	—	Abtragung	—	—
9. Benicke	36 J.	Taubeneigross	3 J.	Rechtes Labium minus	Nach einer Entbindung aufgetreten	Abtragung mit Messer	—	—
10. Esser	35 J.	Kindskopfgross	4 J.	»	—	Abtragung	Heilung	—

11. Acrel	27 J.	15 Pfund schwer	—	»	—	Abtragung	—	v. Recklinghausen l. c., pag. 91.
12. Barry	24 J.	Aussehen und Grösse eines Scrotum	1 J.	Labium maius	Trauma (Fall auf ein Porzellangeschirr)	Abtragung mit Messer	—	Die Verletzung hatte 5 Jahre vor der Untersuchung stattgefunden.
13. v. Tetschendorf	22 J.	Reichlich Faustgross	ca. 7 J.	Linkes Labium maius	—	Abtragung mit Messer	Heilung per primam	—
14. Chérot (Demarquay)	21 J.	Gestielt, 1 cm. lang	5 J.	»	—	—	—	—
15. v. Saexinger	18 J.	Faustgross, Gänseeigross	1 J.	Linkes / Rechtes } Labium maius	Trauma?	Abtragung mit Messer	Heilung per primam	Nach 1/4 J. Recidiv, vgl. Krankengeschichte.
16. Bryk	14 Monate	Form und Grösse einer grossen Weintraube	war bei der Geburt Kirschgross	Rechtes Labium maius	Angeboren	Abtragung mit Messer	—	v. Recklinghausen l. c., pag. 95.
17. Scanzoni	—	Faustgross	—	»	—	Exstirpation	—	—
18. Fritsch	—	Faustgross	—	Labium maius	—	Abtragung mit Messer	Heilung	Die Abtragung geschah in der Schwangerschaft.

Vorstehende Tabelle kann natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen, doch geht aus ihr hervor, dass das Fibroma molluscum der Vulva in jedem Lebensalter vorkommen kann und dass die einfachste und erfolgreichste Behandlung desselben in der Abtragung mit dem Messer besteht.

Es erübrigt mir die angenehme Pflicht meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. v. Saexinger, für die Anregung zu dieser Arbeit und für Ueberlassung der Krankengeschichten, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Barry, Maurice: »Du molluscum pendulum«. Thèse pour le doctorat de médicine. Le Mans 1885.

Benike: Zeitschrift für Gbhlfe. u. Gyn. 1892. Bd. XXIV. S. 325.

Birch-Hirschfeld: Eulenburg's Realencyclopaedie. Bd. VII. S. 574 ff.

Calwell, William: Schmidt's Jahrb. 1890. Bd. 227. S. 157.

Chérot, Henry: »Du molluscum pendulum de la vulve«. Thèse pour le doctorat. Paris 1892.

Day, Charles: Schmidt's Jahrb. 1885. Bd. 208. S. 247.

Duncan: Schmidt's Jahrb. 1880. 186. S. 257.

Esser: Centralblatt für Gynäkologie. 1892. Bd. XVI.

Fritsch: »Die Krankheiten der Frauen«. 5. Aufl. 1892.

Hashimoto: Berl. klin. Wochenschr. 1891. S. 313.

Hebra: »Die krankhaften Veränderungen der Haut«. 1884.

Hegar und Kaltenbach: »Die operative Gynäkologie«.

Hildebrand: »Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien. 1879. 3. Aufl. 1886.

Lesser: »Lehrbuch der Hautkrankheiten«. 8. Aufl. 1894.

Marcacci: Schmidt's Jahrb. 1881. Bd. 189. S. 142.

Mauclaire: Schmidt's Jahrb. 1894. Bd. 241. S. 263.

Müler: Berlin. klin. Wochenschr. 1881. S. 447.

Moses: Berlin. klin. Wochenschr. 1890. S. 1228.

Derselbe: Münchn. med. Wochenschr. 1890. S. 875.

Neumann: »Lehrbuch der Hautkrankheiten«. 1870.

v. Recklinghausen: »Ueber die multiplen Fibrome der Haut«.

Scanzoni: »Lehrbuch der Krankheiten der weibl. Sexualorgane«. 3. Aufl. 1863.

Schroeder: »Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane«. 7. Aufl. 1886.

v. Teschendorf: Centralblatt für Gynäkologie. 1888. Bd. XII.

Tillmanns: »Lehrbuch der allg. Chirurgie«. 1893.

Virchow's Archiv. Bd. 110. S. 602 ff.

Wigglesworth: Schmidt's Jahrb. 1876. Bd. 176. S. 246.

v. Winckel: »Lehrbuch der Frauenkrankheiten«. 1886.

Ziegler: »Lehrbuch der allg. u. spez. path. Anatomie«. 1895.

Ziegler und Nauwerck: »Beiträge zur path. Anatomie und Physiologie«. I. Bd. 1886. S. 237 ff.

Zweifel: »Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien und Dammrisse«. 1885.